

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 21.

TECHNIQUE ET ACCIDENTS

DE LA

JÉJUNOSTOMIE

Jéjunostomie latérale simple avec entéro-anastomose au bouton

Jéjunostomie en « oméga »

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice SAUTIER

Né à Magland, le 13 mai 1883.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1912

TECHNIQUE ET ACCIDENTS
DE LA
JEJUNOSTOMIE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546717_0035

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 21.

TECHNIQUE ET ACCIDENTS

DE LA

JÉJUNOSTOMIE

Jéjunostomie latérale simple avec entéro-anastomose au bouton

Jéjunostomie en « oméga »

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

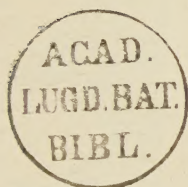
Et soutenue publiquement le 27 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice SAUTIER

Né à Magland, le 13 mai 1885.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	LÉPINE (Jean).
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	X...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales	LESIEUR.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.).
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Propédeutique urologique	GAYET, —
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.), —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PONCET, Président ; BÉRARD, Assesseur ;
MM. PATEL et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce travail en témoignage de mon amour et de ma profonde reconnaissance pour la tendresse et le dévouement qu'ils m'ont toujours prodigués.

A MES FRÈRES, A MA SOEUR

Dont je n'oublierai jamais la sincère affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur A. PONCET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Membre associé de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de notre thèse.

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux que ce modeste travail soit pour nous l'occasion de remercier tous ceux qui, directement ou indirectement, nous ont soutenu pendant les années qu'ont duré nos études.

Qu'il nous soit permis, cependant, de distinguer ceux qui, par leur expérience, leurs conseils savants et empreints de bonté, tout à la fois, nous ont mis à même d'arriver au bout, sans trop de heurts, grâce à leur appui si précieux.

A M. le professeur agrégé Bérard, qui nous a réservé un si charmant accueil dans son service, dont nous avons suivi, avec intérêt et profit, les intéressantes cliniques sur les accidents du travail, qui, enfin, a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse, nous adressons nos remerciements les plus sincères, en l'assurant de nos sentiments d'élève dévoué et reconnaissant.

Nos remerciements aussi :

A M. le professeur de clinique Poncet, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse et nous a toujours reçu avec bonté dans son service.

A M. le professeur agrégé Palel, chirurgien des hôpitaux; à M. le professeur agrégé Thévenot, assez aimables pour consentir à faire partie de notre jury, dont nous n'oublierons pas le brillant enseignement à la Faculté.

Nos hommages les plus respectueux à M. le professeur de clinique Rollet; à M. le professeur agrégé Gayet, chez qui nous avons rempli les fonctions d'externe pendant un an.

A nos maîtres de l'hôpital Saint-Luc : M. le professeur agrégé Siraud; M. le docteur Jacqueau, qui nous ont toujours témoigné la plus grande bienveillance pendant le séjour que nous y avons fait.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude à M. le docteur Alamartine, chef de clinique à la Faculté, et à M. le docteur Naz, interne des hôpitaux, qui ont bien voulu nous conseiller et nous diriger dans la rédaction de ce travail.

INTRODUCTION

La jéjunostomie, faite, de façon courante, à l'étranger, jouit encore, en France, d'une défaveur marquée. Après une laparotomie, pour affection gastrique, on voit rarement le chirurgien pratiquer avec satisfaction cette opération.

Jéjunostomie signifie généralement opération de pisaller, pour un cancer ayant envahi toutes les tuniques gastriques et ne laissant pas le moindre espace pour faire une anastomose gastro-intestinale antérieure ou postérieure, pour un ulcère peptique, un ulcère floride non pylorique compliqué ou non.

Cette opération, d'origine française pourtant, complètement délaissée dans notre pays, mais pratiquée encore à l'étranger, donne, en effet, d'après la lecture des statistiques, d'assez mauvais résultats.

Il existe, cependant, une nuance entre les statistiques indigènes et étrangères, nuance due à la façon que nous avons d'envisager les indications de la jéjunostomie. Les auteurs étrangers les étendent à des cas où nous adopterions la gastro-entéro-anastomose, par exemple, comme conduite idéale. Il est de toute évidence, que les chirurgiens français ne faisant cette intervention que chez

des malades proximes, les résultats seront moins bons.

Pour améliorer ces résultats, les procédés opératoires sont nombreux. Avec chaque opération, la technique se perfectionne, les statistiques s'améliorent, mais, cependant, il y avait encore à faire, pour éviter ces accidents graves, mortels ou simplement ennuyeux.

Il en a été alors, pour la jéjunostomie, comme pour une quantité d'opérations, considérées comme un coup d'audace de la part d'un opérateur habile.

Dans l'histoire de ces diverses opérations, qui, primitivement, semblaient avoir peu d'avenir, et qui, au contraire, tiennent plus qu'elles ne paraissaient promettre, figure la gastro-entéro-anastomose.

Que ne lui reprochait-on pas au début ? Quels succès opératoires avait-on obtenus ? Ils étaient nuls. C'est alors que l'on vit, comme dans le cas qui nous occupe, les opérateurs s'ingénier, perfectionner de petits détails, infimes en apparence, qui, cependant, assurèrent le succès. Du retournement de l'anse intestinale, pour empêcher le *circulus viciosus* et la mort qui en était la conséquence, à l'anastomose en Y, que de pas franchis. Ajoutons à cette technique, satisfaisante au point de vue rationnel, ces petits accessoires, d'une importance capitale, tel que la création du bouton anastomotique de M. le professeur Jaboulay, permettant d'aller très vite et d'opérer, de soulager les cancéreux les plus avancés.

Sur les parties à anastomoser, ne voyons-nous pas, encore, des perfectionnements s'effectuer progressivement !

De la gastro-entéro-anastomose antérieure ne va-t-on pas à la gastro-entéro-anastomose postérieure, plus logique et satisfaisant l'esprit davantage.

Si l'on tient compte des améliorations de cette technique et des résultats obtenus, la jéjunostomie paraît devoir, même en France, nous ne dirons pas reconquérir, puisque jamais elle n'y fut en grand honneur, mais gagner un terrain sur lequel elle se sentira désormais assurée.

La jéjunostomie, en effet, ainsi que le disait un maître réputé, est une opération qui n'a jamais ébloui par ses succès, mais de qui on peut beaucoup espérer. Loin de la rejeter, du domaine de la chirurgie courante, il faut l'y conserver, car, dans nombre de cas, elle peut être très utile, prolonger ou même sauver des malades.

Nous eûmes l'occasion de voir, dans le service de M. le professeur agrégé Bérard, chirurgien des hôpitaux, un cas de jéjunostomie imposé par les circonstances, pour un cancer de l'estomac. Le malade était cachectique et, cependant, le résultat fut excellent, grâce à des modifications opératoires qui nous ont paru dignes d'être apportées.

Des différents procédés opératoires : les accidents qui leur sont inhérents ; modifications apportées et technique préconisée.

Les diverses conceptions que les auteurs se sont faites de la jéjunostomie, très discutables au premier abord, peuvent en réalité se ramener, à notre avis, à trois types principaux :

1° Jéjunostomie latérale simple;

2° Jéjunostomie en Y;

3° Jéjunostomie en « oméga ».

Nous exposerons les différents procédés des auteurs, en signalant les quelques modifications apportées par chacun.

1° Jéjunostomie latérale simple.

Surmay, qui, le premier, fit cette opération, la décrit ainsi (David, Paris, 1907, thèse) : « L'opérateur se place à droite ou à gauche du patient. A un centimètre en avant de l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte gauche, en comptant de bas en haut, il fait une incision verticale de 5 à 6 centimètres, de manière que le milieu de cette incision corresponde à l'extrémité antérieure de la

quatrième fausse côte. Après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le *facia superficialis*, il rencontre une couche musculaire : le muscle grand oblique qu'il incise. Il se trouve alors sur l'aponévrose du **petit** oblique qu'il incise également en mettant à découvert une seconde couche musculaire, appartenant au transverse et qu'il incisera comme les plans précédents. L'opérateur arrive ainsi sur le feuillet fibreux du péritoine, qu'il ouvre avec toutes les précautions habituelles. Le plus souvent, on trouve, au-devant du péritoine, le grand épiploon que l'on amène et que l'on étale au dehors, autant qu'on le juge nécessaire.

La masse intestinale étant ainsi mise à nu, on reconnaît facilement le côlon transverse, qui est à l'extrémité supérieure de l'incision et qui se distingue par sa direction, par sa couleur plus blanche que celle de l'intestin grêle, par ses bandes, par ses étranglements et, enfin, par ses rapports avec le grand épiploon.

Immédiatement au-dessous, on rencontre les anses de l'intestin grêle qui s'y trouvent accolées. Entre ces anses et le côlon transverse, on enfonce perpendiculairement l'indicateur que l'on pousse jusqu'à la colonne vertébrale. On sent alors l'extrémité gauche du pancréas et, immédiatement à gauche de cette extrémité, et, comme y faisant suite, un intestin dont la direction est transversale. On accroche cet intestin avec l'indicateur recourbé et on l'attire à soi. Si l'on sent que l'un des bouts de cet intestin peut être ramené, alors que l'autre reste solidement fixé, on se trouve en présence du jéjunum à sa naissance. Au contraire, si les deux extrémités de cette anse intestinale sont également mobiles, il faut l'abandon-

ner et faire une nouvelle recherche. Généralement, d'ailleurs, on trouve avec une grande facilité la partie de l'intestin recherchée.

Cette portion de l'intestin est alors amenée entre les lèvres de la plaie à laquelle on la fixe dans l'angle supérieur de l'incision, par une anse en fil de soie, qui, menée perpendiculairement à cette incision, traverse, dans toute son épaisseur, le segment intestinal et est arrêté par un double nœud. Par deux ou trois points de suture comprenant le péritoine, on rapproche les lèvres de la plaie à son angle supérieur, de manière à ne laisser béante qu'une ouverture de 3 centimètres et demi environ, dans laquelle l'intestin est maintenu à l'aide d'une pince à pansement.

L'intestin est alors fixé aux bords de la plaie par trois points de suture placés de chaque côté. Ces points sont orientés de telle façon qu'ils ne soient pas perpendiculaires, mais parallèles à la ligne d'incision, pour permettre l'accolement plus facile des surfaces péritonéales de l'intestin et de la paroi abdominale.

Cela fait, on pratique, dans l'intestin, une incision de 2 centimètres environ et on introduit, dans le bout inférieur, une sonde en caoutchouc rouge n° 27.

Il faut, dès lors, maintenir l'ouverture suffisamment béante pour le but auquel elle est destinée, et s'assurer de la conservation des liquides biliaires et pancréatiques.

Nous n'insisterons pas sur les modifications apportées à l'incision qui devient oblique transversale. Nous n'insisterons pas davantage sur les divers procédés de fixation de l'anse à la paroi, procédés variant par le nombre de points de suture, par une double rangée de sutures

(Pearce Gould), par la façon dont la sonde est fixée à l'intestin. Greig Smith fait une suture en bourse à la soie, qui étreint la sonde. Montaz fait une laparotomie médiane sus-ombilicale et suture le jéjunum à la paroi, à la façon de Terrier pour la gastrostomie.

Terrier a nettement perfectionné le procédé de fixation de l'anse intestinale à la paroi abdominale. Il suture la séreuse péritonéale à la séreuse intestinale, place l'anse perpendiculairement à la plaie abdominale, et fait porter l'incision sur le bord gastrique de l'intestin.

José-Arcé adopte un procédé ressemblant beaucoup à celui de Surmay Terrier. Il place des fils en U pour fixer l'anse à la paroi, mais reconstitue la paroi complètement au point de vue anatomique.

Ainsi pratiquée, l'opération était tout à fait bénigne, mais présentait de nombreux inconvénients: incontinence de la fistule, inflammation des tissus cutanés, quelquefois partiellement digérés par le liquide qui s'écoule incessamment. La partie de l'intestin, située au-dessus de la bouche artificielle (bout supérieur de l'anse), ne se vide pas ou très mal, et les malades meurent d'occlusion intestinale.

Pour remédier à ces ennuis, d'autres auteurs appliquent le procédé de la tunnellisation, qui s'opposera au reflux extérieur des liquides et à la macération cutanée. Ce sont les procédés de Witzel-Eiselberg fort en honneur, de Heidenhaim, de Walter, de Chevrier.

Dans le procédé de Witzel-Eiselberg, la laparotomie est médiane, et le milieu de l'incision, qui a une longueur de 15 centimètres environ, se trouve au niveau de l'ombilic.

L'anse intestinale est repérée et amenée au dehors suivant les procédés connus, puis fixée longitudinalement par rapport à la plaie.

Avant de fixer l'anse, on la ponctionne et on glisse une sonde dans le pertuis créé; par-dessus, on fait, à l'aide d'une suture, un tunnel comprenant la séreuse et la musculuse. Ceci terminé, on fixe en haut et en bas, transversalement, l'anse à la paroi; latéralement, quelques points sont alors placés pour fermer le péritoine.

Heidenhaim laisse libre l'anse jéjunale, qu'il renvoie dans l'abdomen sans la fixer à la paroi; cette façon de procéder est généralement peu admise.

Chevrier plisse l'intestin perpendiculairement à sa direction; fait, à travers l'épiploon amené dans la paroi, une boutonnière, par laquelle il attire l'anse intestinale indiquée, qu'il fixe sur tout son pourtour par les plis créés, au début de l'opération. En un mot, il suspend l'intestin à travers le péritoine pariétal et l'épiploon. Pour réaliser la continence, il taille, sur les côtés des grands droits, des bandelettes musculaires destinées à jouer le rôle de sphincter. Ce n'est qu'en terminant qu'il ouvre son intestin et éverse la muqueuse pour la fixer par une couronne de nouvelles sutures.

Kader, Walter, pour réaliser une continence parfaite, attirent, dans la plaie, un cône intestinal qui est ouvert à la fin de l'opération; une sonde est introduite ensuite, à frottement dur, dans l'extrémité du cône préalablement refoulé, créant ainsi une espèce de valvule.

Malgré toutes les précautions prises par ces auteurs, la continence est souvent imparfaite et, indépendamment des progrès réalisés, les accidents occlusifs persistent en-

core. C'est pourquoi, d'autres chirurgiens utilisent le deuxième procédé.

2° Jéjunostomie en Y.

La jéjunostomie en Y a été créée par Maydl et plus ou moins transformée par Kelling, Quénu, Souligoux.

La caractéristique de ce procédé consiste en la section d'une portion intestinale. Le bout inférieur, ainsi obtenu, est fixé à la partie inférieure de la plaie et pourvu d'une sonde. Le bout supérieur est anastomosé, soit par une suture au fil de soie, soit à l'aide du bouton de Murphy, à 25 ou 30 centimètres de la section.

Kelling ferme le bout inférieur en lui donnant la forme d'une bourse, et le dépouille de son mésentère, sur une longueur de 5 à 6 millimètres. Près du cul-de-sac terminal, il pratique une petite ouverture, permettant le passage d'une sonde de Nélaton n° 18.

Quénu adopte un procédé à peu près analogue. Il dépouille l'intestin de son mésentère, mais au lieu d'ouvrir immédiatement, sur sa face latérale, l'anse qu'il vient de fermer, il attend au lendemain de l'opération et fait une ouverture très petite. Il insiste sur la petitesse de la stomie, comme étant le plus sûr garant de la continence.

Frappé des bons résultats que la torsion donne dans la gastrostomie, Souligoux pratique la torsion de l'anse fixée.

L'idée de ces derniers auteurs est excellente en soi et il semblait, dès lors, qu'avec une technique aussi parfaite, la jéjunostomie se trouvait mise au point.

Malgré tout, il n'en est rien et de nombreuses critiques peuvent encore être adressées à ces divers procédés.

L'incontinence de la bouche artificielle paraît supprimée et cependant les auteurs eux-mêmes signalent encore de la rougeur de la peau due à la sécrétion de la muqueuse intestinale. Les accidents occlusifs auraient également disparu. Toutefois, c'est une opération longue, pénible, du fait des deux sutures intestinales, nécessitant l'anesthésie générale chez des malades cachectiques peu résistants et amenant souvent la mort par shock opératoire.

3° Jéjunostomie en « oméga »

Eviter la section de l'intestin, en conservant les avantages de l'opération de Maydl et de ses dérivés, tel fut le but recherché par Albert de Vienne et Mayo Robson.

Après la laparotomie médiane, ils attirent l'anse intestinale voulue et anastomosent ses deux bouches.

La différence entre les procédés de ces deux chirurgiens consiste en ce que le premier fait l'anastomose à l'aide d'une suture, tandis que le second préfère se servir d'un bouton d'os décalcifié.

Cette anastomose créée, Albert fixe son anse à 2 centimètres en dehors de l'angle inférieur de la plaie, en la couchant sous un pont cutané.

Mayo Robson invagine une partie de l'anse intestinale, fait des sutures en bourse et, par une petite ouverture qu'il crée, introduit une sonde n° 12.

Telle est la jéjunostomie en « oméga » qui est assurément le procédé de choix; il pourrait toutefois subir quelques améliorations. Il importait de réduire au minimum la durée de l'acte opératoire, car les malades sont, le

plus souvent, des cachectiques avancés. Pour ce faire, une chose s'imposait : c'était la suppression de la suture à la soie, et son remplacement par l'anastomose rapide au bouton de M. le professeur Jaboulay.

En résumé, les différents procédés utilisés jusqu'à ce jour dans la jéjunostomie ont présenté divers accidents dont témoignent les quelques observations que nous rapportons. Cette opération, pour être parfaite, doit être courte, ne pas causer d'accidents occlusifs, permettre d'alimenter le malade de suite et créer une stomie continente.

OBSERVATION I

EISELBERG

Homme, 30 ans. Maux d'estomac. Il y a trois mois, vomissements de sang abondants à trois reprises. Glace, repos, régime lacté. Amélioration. Bientôt les hématomèses réapparaissent.

Répas d'épreuve. Rétention, pas d'HCl, mais acide lactique.

Tumeur épigastrique. Le 3 mars 1902, laparotomie. Tumeur pylorique du volume d'une pomme. Dilatation gastrique. Jéjunostomie (Witzel-Eiselberg).

Deuxième jour, vomissements fécaloïdes, on suppose une coudure; seconde laparotomie: on constate une coudure du jéjunum. La fistule est trop haut placée. On refait une deuxième jéjunostomie.

Mort huit jours après la deuxième intervention, péritonite purulente.

OBSERVATION II

Sténose pylorique. — Gastro-entérostomie et réapparition des symptômes. — Jéjunostomie.

Il s'agit d'un sujet âgé de 47 ans et porteur d'un cancer pylorique très étendu. Une gastro-entérostomie fait complètement et rapidement cesser les vomissements. Cet état dure quelque temps, mais, à la fin du mois de juillet, la malade vomit à nouveau tout ce qu'elle absorbe, et de suite après l'ingestion.

Le 4 août, on fait une jéjunostomie latérale en deux temps.

L'intestin est ouvert le troisième jour qui suit l'intervention.

On assiste alors à une sensible amélioration, quoique la fistule ne soit pas très continente.

Deux mois et vingt et un jours après l'intervention la malade meurt.

A l'autopsie, on constate une rupture de l'intestin, consécutive à un étranglement interne.

OBSERVATION III

EISELBERG

Le sujet est un jeune homme de 18 ans, qui a des hémâtémèses, du mélæna, et qui, du fait de son anémie intense, prend des syncopes fréquentes.

On lui fait une jéjunostomie, suivant le procédé de Witzel-Eiselberg.

Trois jours et demi après l'opération, ce jeune homme meurt d'une occlusion intestinale causée par la coudure du jéjunum.

Les deux observations de M. le professeur agrégé Bérard, que nous rapportons, *in extenso*, permettent bien de comparer les deux procédés. La première se rapporte à une opération pratiquée suivant la méthode de Witzel-Eiselberg, alors que la seconde concerne une jéjunostomie faite d'après la technique que nous préconisons.

OBSERVATION I

BÉRARD : *Lyon chirurgical*, juillet 1912, p. 99.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, entré une première fois dans mon service au mois de novembre 1911, pour des douleurs épigastriques qui avaient débuté le mois auparavant. Ces douleurs survenaient de suite après le repas, avec des sensations de brûlure, de tiraillement, qui s'accroissaient peu à peu jusqu'à ce qu'un vomissement, parfois une véri-

table régurgitation, vînt soulager l'estomac. Peu à peu, les souffrances s'étaient installées d'une façon continue, simplement exagérées par l'absorption des aliments.

A l'entrée dans le service, nous avons perçu, immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, une zone un peu rénitente, mal limitée, au niveau de laquelle, la pression était mal tolérée. Il n'y avait pas de tension continue ou intermittente de l'estomac, pas de clapotage au-dessous de l'ombilic, pas de grands vomissements, pas de douleur en broche ou d'hématémèse, pas de sang dans les selles.

Pendant quelques jours, la dysphagie s'accrut brusquement sous nos yeux. La plupart des aliments solides, surtout le pain, étaient régurgités aussitôt que le malade venait de les avaler. Les liquides tièdes, les potages, passaient assez bien, mais les liquides froids provoquaient un spasme intolérant, qui semblait situé au niveau du cardia.

Ce spasme fut confirmé par M. Sargnon, qui avait bien voulu pratiquer l'œsophagoscopie, et qui n'avait trouvé aucune tumeur ou sténose en amont de l'orifice gastrique. Au cardia, le tube œsophagoscopique était arrêté un moment, puis il pénétrait, sans nouvel effort, dans l'estomac.

Bien que le malade ait été prévenu, dès ce moment, qu'il devrait sans doute subir une opération, comme il avait été notablement amélioré par un régime liquide très surveillé, il préféra rentrer chez lui, où il put s'alimenter tant bien que mal, plutôt mal que bien jusqu'au 15 avril 1912.

A cette époque, il revint à l'Hôtel-Dieu, très cachectique, pâle, les malléoles infiltrées d'œdème, ayant maigri de 30 kilos depuis un an, souffrant de plus en plus, avec une sensation de constriction derrière l'appendice xiphoïde, à chaque déglutition. La palpation de l'épigastre révélait un large plastron induré, mat à la percussion. Il y avait de l'ascite dans les points déclives de l'abdomen.

Le 18 avril, une intervention ayant été acceptée par le malade, nous fîmes d'abord, sous anesthésie locale, une laparotomie exploratrice sus-ombilicale. Elle nous permit

de constater que toute la portion abordable de l'estomac était réduite à un boudin induré, infiltré de cancer, adhérent au foie, lui-même semé de taches blanches, avec des ganglions néoplasiques le long des deux courbures.

Seule une jéjunostomie était possible. Nous la fîmes immédiatement, sous anesthésie générale discontinue, en prenant grand soin d'éviter toutes les causes de mauvaise circulation intestinale, c'est-à-dire suivant les indications de Witzel et Eiselberg, en laissant 30 cc. environ entre l'angle duodéno-jéjunal et la bouche intestinale, en fixant l'anse immédiatement au-dessus de l'ombilic, et en prolongeant le surjet de fixation environ à 2 centimètres au-dessus du point par lequel la sonde émergerait de la paroi. Cette opération fut extrêmement simple; le malade n'absorba que très-peu d'un mélange éther et chloroforme. Il n'accusa, pendant les trois premiers jours, que la satisfaction de recevoir par la sonde des liquides alimentaires. Le troisième jour, les douleurs et le spasme œsophagien ayant cédé, il demanda et obtint l'autorisation d'absorber des liquides par la bouche. Il but ainsi, dans l'espace de vingt-quatre heures, la valeur d'un litre. Dès le quatrième jour, au matin, il accusa une tension avec coliques douloureuses dans l'épigastre, sans vomissements. Il but quelques gorgées pour calmer ses malaises, mais son état empira brusquement, et, dans la soirée, il succomba sans avoir vomi, sans élévation thermique, sans réaction du grand péritoine.

L'autopsie fut pratiquée trente-six heures après. Nous avons trouvé notre anse jéjunale bien fixée, sans infection de la grande séreuse à son voisinage ou à distance.

Mais tout l'espace libre, entre la bouche jéjunale et l'insertion du mésocôlon, était rempli par l'anse jéjunale d'abord, coudée à angle droit au niveau de l'abouchement à la paroi, du calibre d'une bouteille d'un demi-litre environ, avec des éraillures du feuillet péritonéal, comme si cette anse allait éclater. Et même, pendant les manœuvres de libération de cette anse, le péritoine se décortiqua pres-

que entièrement. Le duodénum était également distendu, et rempli d'un liquide bilieux, aussi bien au-dessus qu'au-dessous du passage des vaisseaux mésentériques. La grosse tubérosité de l'estomac, elle-même encore indemne de cancer s'était laissée distendre par du liquide et des gaz. Il y avait donc, sans conteste, une occlusion mécanique, par coudure à angle aigu du jéjunum, qui avait entraîné la mort chez ce sujet déjà très cachectique.

OBSERVATION II

BÉRARD : *Lyon chirurgical*, août 1912, p. 241.

Le malade est un homme âgé de 50 ans.

Sa maladie a débuté il y a neuf mois par une sensation de pesanteur, de sensation de tension épigastrique, que quelques éructations venaient alors soulager. Souvent aussi, le malade avait des gargouillements qu'il compare au coassement de la grenouille.

Peu à peu l'appétit disparut. On ne constate pas chez lui de dégoût électif pour la viande ou les matières grasses. Jamais il n'eut de véritables douleurs gastriques.

Le malade a vomi une vingtaine de fois, depuis le début de sa maladie. Ces vomissements survenaient une demi-heure ou une heure après les repas. Une seule fois il a reconnu des aliments qu'il avait ingérés la veille. Ces vomissements peu copieux soulageaient le malade, jamais il n'y a constaté la présence de sang ou de matières noirâtres, jamais il n'a fait de mélæna.

Le malade allait assez régulièrement à la selle; jamais il n'a remarqué d'ondes péristaltiques se dessinant sur sa paroi abdominale.

L'amaigrissement est de 15 kilos.

Pendant les mouvements respiratoires et à jour frisant, on voit, à l'épigastre, une masse paraissant assez volumineuse, roulant sous les plans superficiels, se déplaçant suivant les mouvements du diaphragme.

La palpation confirme ces données et on sent très bien, au-dessous des fausses côtes gauches, une tumeur qui monte et descend, suivant l'inspiration ou l'expiration. Elle est dure, forme une masse bosselée du volume d'un poing.

Si on repousse la tumeur vers la profondeur, elle transmet nettement au doigt les battements de l'aorte, battements perçus par le malade lui-même.

L'estomac ne paraît pas très dilaté. La grande courbure, sur laquelle semble plutôt s'être localisée la tumeur, est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au niveau de cette tumeur dure, la percussion ne décèle que de la submatité.

Rien au foie.

Rien au cœur.

Rien aux poumons.

Le système lymphatique a réagi et si on ne constate pas de ganglion de Troisier, on a, dans les deux aines, de nombreux ganglions durs.

L'intervention décidée, une laparotomie médiane sus-ombilicale fut faite. On trouve une paroi saignant peu et enfin le pylore et toute la petite courbure de l'estomac envahis par un néoplasme.

La gastro-entéroanastomose même antérieure étant jugée impraticable, on se décide à faire une jéjunostomie.

Ayant encore présente à la mémoire l'histoire du malade sujet de notre première observation, et, pour éviter tous accidents d'occlusion ou de circulus viciosus, on prend les précautions suivantes :

1° Fixation de l'anse jéjunale à la paroi aussi près que possible de son point fixe, sans risquer cependant des tiraillements.

2° On fait une anastomose entre le bout supérieur et le bout inférieur du jéjunum, au moyen du bouton de Jaboulay.

Quant à la jéjunostomie elle-même, elle est faite selon les procédés de Witzel-Enselsberg, en évitant d'enfourer la son-

de par un surjet qui rétrécirait beaucoup le calibre de l'intestin. Cette anse est fixée à la paroi par quatre points de suture à la soie superposés.

Les suites ont été simples. La sonde a fonctionné dès le lendemain. Le malade n'a pas été choqué. On n'a remarqué aucune stase gastrique.

Au bout de dix jours, les crins réunissant la peau furent enlevés et on eut une réunion per primam, sans qu'une seule goutte de liquide gastrique ait jamais souillé la peau.

La sonde s'enlève et se remet très facilement.

Vers le quinzième jour, le malade part ayant repris du poids et s'alimentant sans difficulté par sa néostomie.

MM. Villard et Gayet, professeurs agrégés, chirurgiens des hôpitaux, frappés, aux aussi, des accidents occlusifs consécutifs à la jejunostomie latérale simple, sont partisans de l'anastomose au bouton anastomotique et ont plusieurs fois traité, avec succès, des malades de cette façon.

M. le professeur agrégé Villard nous dit, en effet : « J'ai fait un certain nombre de jéjunostomies et, dans les premières que j'ai faites, un peu par instinct, j'ai toujours pratiqué l'anastomose complémentaire au bouton, parce que, après fixation de l'anse, j'ai eu cette impression de couture possible. »

Il est évident qu'il s'agit là, pour ainsi dire, d'un acte réflexe et que, par analogie avec la gastro-entéro-anastomose, on est tenté de craindre le *circulus viciosus* dans cette opération; c'est une seconde anastomose qui constitue le remède préventif du *circulus viciosus*; de même, dans la jéjunostomie, l'anastomose au bouton empêchera les accidents occlusifs.

On peut encore discuter au sujet de la longueur de l'anse intestinale siège de la néostomie; nous voulons dire de la longueur de l'anse entre l'angle duodéno-jéjunal et la bouche artificielle. Prise trop grande, elle peut se couder plus facilement. Pour certains, trop courte, elle peut être tirillée et non plus faire l'occlusion par son milieu, faisant un baldaquin trop bas, suivant l'expression de M. le professeur agrégé Bérard, mais bien à son angle de fixation à la paroi. La longueur, de l'avis de M. le docteur Bérard, doit être réduite à son minimum; il faut, en un mot, choisir une longueur inférieure à 25 ou 30 centimètres, longueur en général préconisée par tous les auteurs. Il est, de plus, indispensable d'amener obliquement, de haut en bas, et de gauche à droite, l'anse tendue jusqu'à la bouche créée, le plus bas possible, près de l'ombilic.

Dans les procédés décrits, nous voyons que, pour rendre la fistule continente, on la rend souvent permanente. D'après les observations que nous avons dépouillées, nous voyons des sondes fixées, difficiles à remettre. Suivant les cas cliniques, on a, au contraire, avantage à ouvrir une fistule qui se fermera d'elle-même ou qui, si on veut la fermer opératoirement, s'y prêtera facilement. De ce fait, nous préconisons le procédé à la Fontan comme devant donner les meilleurs résultats, et comme étant encore plus simple et plus facile à exécuter.

Le procédé à la Witzel-Eiselberg est aussi à conserver, quant à la fixation de l'anse à la paroi, ainsi qu'en témoigne une de nos observations.

Le bouton anastomotique, en tant que solidité, est sujet à critique, et certains opérateurs le rejettent systéma-

tiquement, parce que, disent-ils, il lâche, même tardivement (1 cas de M. Bérard, 1 cas de M. Villard). Cette objection, grave à première vue, ne doit pas empêcher les opérateurs de se servir du bouton, pour gagner en rapidité opératoire, ce qui est, nous le savons, capital. Une suture, ou mieux quelques points de suture, placés non au ras du bouton, mais à 3 ou 4 millimètres de ses bords, pour adosser sérieuse à sérieuse, est une garantie suffisante de solidité, empêchant toute désunion tardive.

En parcourant les observations rapportées par les différents auteurs, qui ont publié des résultats de jéjunostomie, nous voyons que, quel que soit le procédé employé, les uns ouvrent immédiatement l'anse qu'ils ont fixée à la paroi; les autres, au contraire, attendent vingt-quatre, quarante-huit heures, ou même davantage.

Pour nous, cette façon de faire a peu d'importance et la conduite dépend de la manière dont la réunion est faite au péritoine pariétal et à la paroi. Il est évident qu'il est plus prudent d'attendre vingt-quatre heures, quarante-huit heures à la rigueur, pour que des adhérences solides se soient créées entre les surfaces mises en contact; mais nous croyons que, avec des points à la soie régulièrement superposés, avec une double suture, si on le veut, pour plus de sûreté, on peut ouvrir l'anse de façon immédiate. Nous tombons ici dans la discussion de l'anus contre nature de la gastrostomie et de toute autre opération semblable en un ou deux temps. En réalité, nous pensons que la conduite à tenir n'est pas une affaire de technique opératoire.

Il faut, croyons-nous, pour se diriger, se guider sur l'état général du malade. Si le malade est encore résistant, si des liquides peuvent être ingérés par la bouche, si on

peut le nourrir avec des lavements alimentaires, nous ne voyons pas d'inconvénient à ce que l'on attende quarante-huit heures pour créer la stomie au thermocautère. Si, au contraire, le malade est cachectique, inanitié, il faut, de suite, faire la bouche artificielle, pour que, le soir même de l'opération, des aliments toniques et fortifiants sous un petit volume : lait, jaune d'œufs, jus de viande, soient administrés par la sonde.

L'observation suivante, due à Mickulicz, nous montre que la sonde à placer dans la stomie ne doit pas dépasser un certain calibre. Celles que nous employons sont les n^{os} 10 ou 12 et nous croyons qu'ils ne doivent pas être dépassés. Il ne faut pas oublier, en effet, que, du fait même de sa présence, la sonde est un obstacle à la circulation intestinale ; une torsion légère de l'intestin, une pression quelconque, sur l'anse contenant la sonde, peuvent en plaquer les parois sur elle et arrêter ainsi le cours intestinal.

OBSERVATION

MICKULICZ et SCHOLZ

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui a tenté de se suicider en absorbant de l'acide azotique.

Le premier traitement consista en lavages d'estomac, en vomitifs. L'état général était grave, la température atteignait 39°.

Au bout de cinq semaines, le malade souffre, vomit, s'amaigrit. On trouve un rétrécissement à 44 centimètres des arcades dentaires.

A l'opération on trouve un estomac rétracté, petit, dont toutes les tuniques sont malades. A la manière de Witzell Eisberg, on fait une jéjunostomie.

Les vomissements qui persistent font songer par leur caractère fécaloïde à une sténose intestinale. La sonde est changée et on met un numéro inférieur comme calibre. L'amélioration a été immédiate, les vomissements ont cessé. On fait une gastrostomie le 22 juillet, pour laver l'estomac, impossible à vider.

Le malade est mort de péritonite le 4 août.

A la séance de la Société de chirurgie, M. le professeur agrégé Bérard concluait, au sujet de la première opération, que nous rapportons, que le nombre des opérations de jéjunostomie pour cancer de l'estomac n'est pas encore très considérable et qu'il serait à souhaiter que tous les faits comparables aux siens fussent analysés et commentés, de façon à pouvoir fixer ce point important de technique et de pronostic opératoire. Notre travail ne porte donc que sur deux cas, mais leur comparaison est tellement à l'avantage du second, que préconise M. Bé-

rard, que nous croyons pouvoir conclure fortement en sa faveur. La cachexie du malade, son état lamentable, pour nous qui eûmes l'occasion de l'examiner, rend peut-être encore plus apparent le service qui lui fut rendu par cette opération si simple à exécuter.

Nous exposons, en définitive, des modifications de détail et nous serons heureux si les conclusions que nous formulons peuvent amener cette discussion, cette statistique que réclamait M. Bérard, et si, les cas se succédant, notre procédé pouvait enfin donner à la jéjunostomie en ω la place qu'elle mérite d'occuper dans la chirurgie abdominale française, dont elle est issue.

CONCLUSIONS

I. — La jéjunostomie est une opération relativement bénigne et donnant un bon résultat fonctionnel si la technique employée permet :

a) D'opérer avec rapidité à cause de la gravité de l'état général;

b) D'opérer avec anesthésie locale à la cocaïne ou à la stovaïne;

c) De ne pas avoir d'accidents d'occlusion interne;

d) De donner une fistule continente capable de se fermer *sponte sua* ou qu'il est facile de fermer opératoirement.

II. — Pour arriver à ces résultats :

a) Rejeter la jéjunostomie latérale simple;

b) Rejeter le procédé de Maydl et ses dérivés, à cause de sa longueur et de la fistule définitive qu'il crée.

III. — Le procédé de Witzel-Eisberg, aujourd'hui classique, et excellent quant à la continence et à la fermeture de la fistule, présente comme inconvénient sa longueur d'exécution et la possibilité d'accidents occlusifs.

IV. — Le procédé idéal est celui déjà employé par Albert et Mayo Robson, mais tombé dans l'oubli, et que M. Bérard a de nouveau proposé.

V. — C'est à la jéjunostomie latérale en ω avec anastomose au bouton anastomotique et à l'anesthésie locale qu'il faut recourir.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12^e novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- SURMAY. — De l'entérostomie. *Bull. de thérapeutique*, 1878, p. 445.
- Observation d'entérostomie suivie de quelques applications sur le procédé adopté et les indications de cette opération. *Bull. de thérapeutique*, 1878, p. 198.
- TERRIER. — Quelques remarques sur la jéjunostomie. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1878, p. 986.
- Jéjunostomie avec disposition verticale de l'anse. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1902.
- *Bull. de la Société de chirurgie*, 1904.
- *Bull. de la Société de chirurgie*, 1906.
- TUFFIER. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1904
- TUFFIER et JEANNE. — Des gastrorrhagies de l'ulcère simple de l'estomac.
- VALLAS. — *Bull. de la Société de chirurgie de Lyon*, 16 février 1905.
- QUÉNU. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1904.
- *Bull. de la Société de chirurgie*, 1906.
- SCHWARTZ. — De la jéjunostomie et spécialement de la jéjunostomie en Y. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1904, p. 176.
- EISELBERG. — *Arch. für klin. Chir.*, 1895, t. L, p. 932.
- Ueber Veräknungs obriecturen des Pylorus. *Arch. für klin. Chir.*, 1890, LXII, I.
- *Berl. klin. Wochens.*, 1897, t. LXXXIV, p. 33.
- ARCE. — Un nouveau procédé commun à la jéjunostomie et à la gastrostomie. *Rev. de chirurgie*, 1905.
- DAVID. — Thèse de Paris, 1906-1907.
- AUGAY. — Thèse de Lyon, 1907-1908.
- WALTHER. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1904, p. 198.
- MONPROFIT. — La jéjunostomie en Y de la gastrite ulcéreuse. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*.
- SAVARIAUD. — Ulcère hémorragique de l'estomac. Thèse de Paris, 1898.
- BAUDUOIN. — De la jéjunostomie en Y dans les hémorragies duodénales. *Gaz. médicale de Paris*, 1904.

- LETOREY. — Traitement chirurgical d'urgence des brûlures de l'estomac. Thèse de Lyon, 1905-1906.
- BRUNON et JEANNE. — Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie. *Bull. médical*, juillet 1906.
- GUINARD. — Deux cas de jéjunostomie en Y avec torsion de la bouche jéjunale. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1906.
- HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, Paris, 1903, p. 351.
- Rehaussement cicatriciel du pylore consécutif avec brûlures et son traitement. Comptes rendus du X^e Congrès de chirurgie, Paris, n° 424.
- *Bull. de la Société de chirurgie*, 1901 et 1904.
- GOLDING BIRD. — Jéjunostomy Clin. Soc. of London, 1885. *Brit. med. Journ.*, 1895, p. 1063.
- GREIG SCHMIDT. — Abdominal Surgery, London, 1889.
- MAYDL. — *Wiener med. Wochens.*, 1892, n° 18, 19, 20, p. 698 et 782.
- Ueber Jejunostomie. *Mittheil aus den Grenzgeb des med. und Chir.*, 1898, III, p. 532.
- Westere heitrage zur Indications Stellemy der Jejunostomie. *Wien klin. Rundschau*, 4 et 11 janvier 1903.
- LEMPPE. — *Arch. für klin. Chir.*, t. LXXVI.
- WALTHER. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1904, p. 198.
- BRASSEUR. — De la jéjunostomie et surtout de la jéjunostomie en Y au cours de l'ulcère de l'estomac en activité. Thèse de Lille, 1905-1906.
- PEARCE GOULD. — Jéjunostomy Clin. Soc. of London, 5 déc. 1885.
- *Brit. med. Journ.*, 1885, p. 1064.
- DESHAYES. — *Normandie médicale*, 1^{er} septembre 1906.
- SCHOLZ. — Neun fälle von Jejunostomie. Thèse Breslau, 1898.
- MICKULICZ. — In Scholz.
- SOULIGOUX. — In rapport de Guinard.
- MONTAZ. — Entérostomie pour cancer de l'estomac. *Dauphiné médical*, 4 avril 1894. *Archives provinciales de chirurgie*, 1894, p. 475.

2244 — Imprimeries Réunies, 8, rue Rachais, Lyon.
